

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 2 juillet 1896, à 1 heure

Par LÉON-EMILE LEFEBVRE

Né à Heuringhem (Pas-de-Calais) le 22 décembre 1872.

DE L'ECCHYMOSE

SA PATHOGENIE, SES VARIÉTÉS

AU POINT DE VUE MÉDICO-LÉGAL

Président, M. BROUARDEL, professeur.

*Juges : MM. PROUST, professeur.
NETTER, THOINOT, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1896

371

371

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MEDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 2 juillet 1896 à 1 heure

Par LÉON-EMILE LEFEBVRE

Né à Heuringhem (Pas-de-Calais) le 22 décembre 1872.

DE L'ECCHYMOSE

SA PATHOGENIE, SES VARIÉTÉS

AU POINT DE VUE MÉDICO-LÉGAL

Président, M. BROUARDEL, professeur.

*Juges : MM. { PROUST, professeur.
NETTER, THOINOT, agrégés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.*

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15. Rue Racine, 15

1896

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL.		
Professeurs	MM.		
Anatomie	FARABEUF.		
Physiologie	CH. RICHET.		
Physique médicale.	GARIEL.		
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.		
Histoire naturelle médicale.	N.		
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.		
Pathologie médicale.	DIEULAFOY.		
Pathologie chirurgicale.	DEBOVE.		
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.		
Histologie.	CORNIL.		
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL		
Pharmacologie.	TERRIER.		
Thérapeutique et matière médicale.	POUCHET.		
Hygiène.	LANDOUZY		
Médecine légale.	PROUST.		
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.		
Pathologie comparée et expérimentale.	LABOULBENE		
Clinique médicale.	STRAUS.		
Maladie des enfants.	G. SEE.		
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	POTAIN.		
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JACCOUD.		
Clinique des maladies du système nerveux.	HAYEM.		
Clinique chirurgicale.	GRANCHER.		
Clinique des maladies des voies urinaires.	JOFFROY.		
Clinique ophthalmologique.	FOURNIER.		
Clinique d'accouchements.	RAYMOND.		
	TILLAUX.		
	BERGER.		
	DUPLAY.		
	LE DENTU.		
	GUYON.		
	PANAS.		
	TARNIER.		
	PINARD.		
Professeurs honoraires.			
MM. SAPPEY, PAJOT.			
Agrégés en exercice.			
MM.			
ACHARD	GAUCHER	MARIE	SEBILEAU
ALBARRAN	GILBERT	MÉNÉTIER	THIERRY
ANDRE	GILLES DE LA	NELATON	THOINOT
BAR	TOURETTE	NETTER.	TUFFIER
BONNAIRE	GLEY	POIRIER, chef des	VARNIER
BROCA	HARTMANN	travaux anatomi-	WALTHER
CHANTEMESSE	HEIM	ques.	WEISS
CHARRIN	LEJARS	REITTERER	WIDAL
CHASSEVANT	LETULLE	RICARD	WURTZ
DELBET	MARFAN	ROGER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BROUARDEL

Doyen de la faculté de médecine de Paris

DE L'ECCHYMOSE

SA PATHOGÉNIE, SES VARIÉTÉS

AU POINT DE VUE MÉDICO-LÉGAL

INTRODUCTION

En faisant de l'ecchymose l'objet de notre thèse, nous n'avons point eu la prétention d'ajouter aux nombreux articles parus à ce sujet.

Nous nous sommes borné à grouper sous un même titre les matériaux épars dans la littérature médicale et dont la connaissance, en certains cas, serait utile au médecin appelé à établir des rapports judiciaires. Celui-ci pourra bénéficier de l'exposition de faits qu'il n'est pas toujours facile d'interpréter et d'énoncer d'une manière positive ;

il évitera ainsi des erreurs graves, parfois grosses de conséquences.

C'est pourquoi, après avoir traité de l'ecchymose en général, nous avons l'intention de passer en revue les divers états morbides susceptibles, d'une part de produire des ecchymoses spontanées, d'autre part d'influencer dans leur évolution les ecchymoses d'origine traumatique. Cet exposé sera suivi des divers moyens de diagnostic qui permettront de rattacher la lésion à sa véritable origine.

Avant d'entrer dans notre sujet, qu'il nous soit permis d'adresser tous nos remerciements à M. le Dr Descoust qui a bien voulu nous guider dans le choix et l'exécution de ce travail.

M. le professeur Brouardel nous fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse : nous lui en sommes profondément reconnaissant.

PREMIÈRE PARTIE

DE L'ECCHYMOSE EN GÉNÉRAL

Le mot ecchymose (de *ex*, hors et *χυμος* suc) signifie tache résultant de l'extravasation et de l'infiltration du sang quelle qu'en soit la cause.

Elle nécessite l'existence d'une solution de continuité et la formation d'une cavité accidentelle dans l'épaisseur des tissus; les éléments anatomiques sont disjoints et surtout rompus, les vaisseaux présentent des orifices béants et des fissures plus ou moins larges. Le foyer est tantôt circonscrit et nettement limité, tantôt au contraire diffus, anfractueux et sans bornes précises; son contenu est constitué par du sang, de la lymphe, des sécrétions du tissu conjonctif.

L'ecchymose siège sous les téguments, peau, ongles ou muqueuses, ou bien à la surface et dans l'épaisseur des organes plus profondément situés; elle est d'origine traumatique ou spontanée.

Lorsqu'elle résulte d'une contusion superficielle, l'ecchymose paraît dans les premières heures qui suivent et gagne en étendue durant 24 ou 48

heures; cette extension dépend de la disposition anatomique de la région et du degré de laxité du tissu cellulaire sous-cutané.

Toujours plus foncée au centre qu'à la périphérie, l'ecchymose est au début bleue, noirâtre ou rouge livide; sa teinte primitive est d'autant plus accusée que la peau contuse est plus mince et plus fortement pigmentée à l'avance. Après un laps de temps très variable, la peau revient à son état normal en passant par le violet, le vert, le jaune, le blanc; cette dégradation de teintes commence par les bords et peut s'observer au complet sur la même lésion à une certaine période de son évolution, formant ainsi une sorte de spectre ecchymotique.

D'ordinaire toute trace de contusion légère a disparu du dixième au vingt-cinquième jour; il n'en est pas moins vrai que certaines ecchymoses peuvent encore être visibles après six mois.

Lorsque la rupture a porté sur les vaisseaux du tissu cellulaire et que l'épanchement sanguin siège dans la couche sous-cutanée, l'ecchymose est plus tardive; elle paraît dans les 24 ou 36 heures, mais, une fois constituée, suit absolument la marche que nous avons décrite plus haut.

La contusion peut avoir respecté le derme et le tissu cellulaire sous-cutané et les lésions superficielles peuvent ne pas être en rapport avec les lésions profondes; ce fait, observé lorsque l'agent vulnérant, agissant sur une très grande surface, écrase

les tissus profonds contre les os, se remarque encore dans les ecchymoses consécutives à des fractures. Le sang issu des vaisseaux rompus met un certain temps à gagner la peau et l'ecchymose n'apparaît qu'après quatre ou cinq jours. Elle s'éloigne alors du type primitif et présente d'emblée une couleur jaunâtre, couleur qu'on peut attribuer à la transformation des principes du sang, durant sa migration des parties profondes à la périphérie.

Règle générale, à moins qu'un filet nerveux n'ait été intéressé ou que les tissus atteints ne soient peu extensibles, tels que ceux de la région antérieure du tibia, le symptôme douleur fait défaut.

Lorsque l'ecchymose est d'origine spontanée, les vaisseaux sont généralement intacts et la sortie du sang a lieu par diapédèse ; l'épanchement siège aussi bien dans l'épaisseur de la peau que dans le tissu conjonctif et, une fois constitué, n'a pas de tendance à s'étendre.

Ces ecchymoses existent sans tuméfaction, offrent une nuance uniforme, ne disparaissent que lentement et ne passent pas toujours par la série des teintes des ecchymoses traumatiques. Elles ne restent pas localisées et se rencontrent à la fois sur tous les points de l'économie ; elles affectent cependant de préférence certaines régions déterminées, variables d'ailleurs avec les états morbides qui leur ont donné naissance.

SECONDE PARTIE

ETIOLOGIE

Le plus souvent, comme l'a dit Hippocrate, les ecchymoses sont occasionnées par une violence extérieure ; mais des causes internes peuvent aussi leur donner naissance. De là leur distinction en traumatiques et spontanées.

L'ecchymose traumatique peut être due à un défaut d'équilibre entre la pression du sang qui reste normale et la pression extérieure qui est abaissée : tel est le mécanisme par lequel agissent les ventouses, la succion. Parfois un vaisseau se trouve lésé par un instrument piquant ou tranchant, il se fait une suffusion sanguine, et la plaie insignifiante qui en résulte ne laisse aucune trace appréciable : c'est le cas des ecchymoses consécutives aux injections hypodermiques. D'ordinaire l'ecchymose reconnaît pour cause une contusion quelconque : chute, coup de pied, coup de poing, blessure par instrument contondant, etc...

L'ecchymose spontanée, ou relève d'une affection générale, d'un état diathésique particulier : purpura, scorbut, hémophilie, leucocythémie, hé-

matidrose, rhumatisme, etc..., ou résulte de ruptures vasculaires opérées de dedans en dehors et dues à un excès de tension de la colonne sanguine. Rien n'est plus fréquent que les ecchymoses de la face et des conjonctives succédant aux violents efforts de toux de la coqueluche ; des ruptures analogues s'effectuent dans le vomissement, les efforts prolongés et énergiques de défécation et d'une manière générale dans toutes les grandes convulsions. Toutes ces ecchymoses ne différant en rien de celles qui résultent d'une violence extérieure, et subissant les mêmes transformations qu'elles, nous ne nous y arrêterons pas. De même nous nous contenterons de mentionner les hémorrhagies consécutives à la diminution de la pression atmosphérique, observées chez les plongeurs et chez les individus qui font des ascensions en ballon ou sur les montagnes.

TRAUMATISME

La différence des effets produits par un traumatisme dépend d'une foule de conditions secondaires, l'intensité de la violence, la résistance inégale des tissus, la forme de l'agent vulnérant, l'étendue de sa surface d'application, la situation du point d'appui. Plus le point d'appui sera voisin de la peau et offrira de résistance, plus facilement se produira la suffusion sanguine : c'est le cas des contusions portant sur le tibia, le crâne, la face, etc... D'autre part une violence plus grande sera nécessaire sur des parois dépressibles fuyant sous le coup, telles que l'abdomen ou la fesse, mais dans ce cas l'ecchymose aura toujours plus d'étendue.

Il résulte de l'observation journalière que les suffusions sanguines se produisent beaucoup plus facilement chez les enfants que chez les adultes et chez les premiers après une violence relativement minime. Il en est de même des personnes très âgées chez lesquelles, par suite du processus athé-

romateux, les vaisseaux de la peau et des tissus sous-jacents peuvent devenir si friables que des causes insignifiantes suffisent pour produire ces suffusions.

L'énergie de la cause et la constitution plus ou moins robuste des tissus ne sont pas seules à considérer, car l'observation démontre tous les jours l'efficacité pathogénique des pressions faibles et l'innocuité de certaines pressions intenses. Nous savons que le moindre choc détermine la rupture des capillaires chez certaines femmes à peau blanche et que la débilité générale, la cachexie, les qualités du sang ne sont pas sans importance dans la production ou l'évolution des ecchymoses.

Les liquides de l'économie, qui n'influent en rien, à l'état physiologique, sur la marche des contusions interstitielles, peuvent devenir très nuisibles, s'ils présentent avant la blessure ou contractent par la suite des propriétés toxiques ou irritantes. C'est ce qui explique la gravité inattendue des contusions, même sous-cutanées et circonscrites, chez les alcooliques, les diabétiques, les paludiques, les cancéreux, etc.

Nous aurons d'ailleurs l'occasion de revenir sur ce sujet dans la troisième partie.

LEUCOCYTHÉMIE

Lésions constantes ou presque constantes de la rate, du foie, des glandes lymphatiques et intestinales, des reins ; produits pathologiques accidentels ou consécutifs, hémorrhagies disséminées dans les autres organes, tel est l'ensemble des lésions viscérales qu'on rencontre dans la leucocythémie.

Du côté de la peau, des hémorrhagies multiples se montrent fréquemment à la période ultime de la maladie et se produisent à peu près sur tous les points du corps ; il s'agit de taches de purpura, de pétéchies, d'ecchymoses, de tumeurs sanguinées. On a observé des cas d'hémorrhagies sous-cutanées dans la région axillaire ; Charcot et Vulpian ont trouvé des suffusions sanguines autour de l'épaule et près du sein. Ollivier et Ranvier ont vu des ecchymoses des paupières et de la conjonctive ; Bohn parle d'un leucocythémique de 56 ans qui présenta des ecchymoses à plusieurs reprises et le même phénomène est mentionné par Trou-

seau. Dans une observation de Schreider on voit, chez une jeune fille chlorotique, souffrant de dysménorrhée avec accidents multiples, des tumeurs ganglionnaires se développer au cou, puis aux aines, aux aisselles, la rate se prendre et la malade mourir rapidement avec la fièvre, des pétéchies, des ecchymoses, et une grande prostration.

Les lésions principales de la lymphadénie de la peau peuvent être précédées de rougeurs sur les téguments, de taches congestives, d'hémorrhagies interstitielles, d'autant plus capables de tromper le médecin sur leur origine qu'elles sont sujettes à disparaître momentanément.

OBSERVATION I (Blache).

Le 26 octobre est entré au n° 22 de la salle Saint-Jean, un enfant de 13 ans, Léon T... Il est grand et dans un état de maigreur et de pâleur excessif. Il se plaint d'une diminution très grande de ses forces et de douleurs dans le ventre ; il est sorti dernièrement d'un des services de l'hôpital des Enfants, se croyant guéri, mais depuis quelques jours il est dans l'impossibilité de travailler. Il rapporte qu'il est à Paris depuis trois mois, que dans son pays il a eu longtemps les fièvres, mais que, depuis qu'il habite Paris, il ne s'en est nullement ressenti.

Le ventre est gros sans aucune trace d'ascite. Par la palpation et la percussion, on constate une hypertrophie considérable de la rate et du foie. Les jambes ne sont point

enflées, mais de larges ecchymoses existent autour des malléoles. La partie antérieure de la poitrine est criblée de petites taches d'un rouge vif, les unes larges comme des piqures de puce, les autres comme une lentille, qui sont évidemment des taches de purpura. Au niveau du mamelon, deux petites ecchymoses. Rien sur tout le reste de la surface cutanée.

La poitrine résonne bien, mais on entend des râles muqueux disséminés en différents points et plus abondants à la base des deux poumons. L'enfant tousse un peu ; il n'a jamais craché de sang. Les battements du cœur sont normaux. L'auscultation des vaisseaux du cou ne fait entendre aucun bruit de souffle. La peau est sans chaleur ; le pouls régulier, sans fréquence. Pendant quinze jours il ne se fait aucun changement dans son état ; toujours même pâleur : les forces ne reviennent pas ou du moins augmentent peu ; les taches persistent.

Le 10 novembre il est pris brusquement d'anasarque ; les membres supérieurs et inférieurs sont œdématisés ; les yeux bouffis, les paupières gonflées ; la cavité abdominale présente un commencement d'ascite, et les urines sont fortement albumineuses, mais claires, limpides, sans aucune trace de sang. Le 11 et le 12 l'anasarque diminue. Le 13 aucun signe d'ascite, les membres ne présentent presque plus d'œdème, les urines ne contiennent pas d'albumine. Le 15 les paupières sont ecchymosées, les conjonctives oculaires le sont aussi jusqu'au pourtour de la cornée. Les jours suivants les ecchymoses pâlisent, mais le sang se résorbe lentement. Rien dans les urines.

Le 22, l'épanchement sanguin sous-conjonctival se reproduit, les paupières sont aussi infiltrées de sang ; on aurait pu croire que le jeune malade avait reçu un coup violent

sur les yeux. Il se plaint d'étourdissements et de douleurs de tête; la vue est conservée; toux fréquente; râles abondants; un peu moins de son à droite et en arrière; fièvre. Le 25 nouvel épanchement sous-conjonctival, épistaxis légère, moins de fièvre. Le 26 l'épistaxis se reproduit mais toujours peu abondante. Les jours suivants l'enfant s'affaiblit, les ecchymoses palpébrales deviennent complètement noires.

Le 1^{er} décembre le foie a notablement augmenté de volume; les taches purpurines persistent au devant de la poitrine. Le 4, même état; le petit malade qui a gardé le lit pendant quelques jours se lève; le pouls est petit, il y a un peu de surdité. Le 5 à trois heures du matin vomissements bilieux abondants et coma profond. A sept heures du soir le malade est mort. Autopsie. — Morte à dix heures du matin.

Autopsie. — Rigidité cadavérique, bouffissure assez notable des joues; ecchymoses des paupières; les taches purpurines persistent.

Les espaces sous-arachnoïdiens sont pleins d'une sérosité trouble, rougeâtre, analogue au sérum du sang; la pie-mère est infiltrée d'une sérosité de même apparence.

Le tissu cellulaire sous-sternal est infiltré de sang; pas d'épanchements dans les plèvres. Les troncs veineux, notamment le tronc brachio-céphalique gauche, sont fortement distendus.

Le péricarde est rempli d'une sérosité sanguinolente. Le cœur est dilaté; sa surface est pâle, on y remarque quelques ecchymoses ponctuées. Rien de remarquable aux poumons.

Pas d'épanchement dans le péritoine; ses parois pré-

sentent des ecchymoses sous-péritonéales. Le foie et la rate sont énormément hypertrophiés ; veine splénique abondante, foie très friable. Le mésentère offre une vaste ecchymose sous-péritonéale ; c'est une infiltration sanguine considérable du tissu cellulaire. Les reins enveloppés d'un tissu cellulaire fortement ecchymosé sont hypertrophiés. Ils sont ecchymosés à la surface ; ces ecchymoses ont une profondeur de 2 à 3 millimètres. Autour des calices et du bassinet, sous la muqueuse, on trouve des épanchements sanguins considérables. La vessie fortement distendue par l'urine présente de larges marbrures ecchymotiques siégeant sous le péritoine ; la muqueuse vésicale est ecchymosée dans toute son étendue. Rien à l'intestin.

La conjonctive palpébrale ne présente pas d'infiltration. Les ecchymoses si remarquables des paupières étaient sous-cutanées. Pas d'épanchement au fond de l'orbite. Sous la conjonctive oculaire et tout autour de la cornée il y a une ecchymose. Rien dans les milieux de l'œil, ni dans leurs enveloppes.

HÉMOPHILIE

L'hérédité joue un rôle très important dans la disposition à l'hémorrhagie ; cette prédisposition s'étend fréquemment à toute une famille et s'observe surtout chez les individus lymphatiques.

A côté d'hémorrhagies traumatiques ou spontanées très rebelles on trouve dans l'hémophilie des pétéchiés, des ecchymoses, des tumeurs sanguines, avec, comme phénomènes accessoires, des douleurs articulaires très fréquentes.

Tantôt les ecchymoses se montrent spontanément, une émotion morale vive, un accès de colère suffit à les provoquer ; tantôt elles paraissent à la suite d'une contusion légère, d'une simple pression et sont rarement douloureuses. De dimensions variables, depuis une tête d'épingle jusqu'à la pièce de cinq francs, elles subissent les mêmes transformations que les ecchymoses traumatiques ; d'abord d'une couleur bleuâtre, qui passe au brun jaunâtre, elles pâlissent peu à peu et disparaissent. Toutes les parties du corps en sont affectées, mais

elles s'observent de préférence sur les membres supérieurs, inférieurs, sur le scrotum, sur le cuir chevelu, sur les parties saillantes exposées au choc des objets extérieurs, rarement sur la face.

D'autres fois ce sont des pétéchies, c'est-à-dire des taches irrégulières de grandeur variable. Ces ecchymoses et ces pétéchies se rencontrent également sur les viscères. Roy en a trouvé sur le bord antérieur du foie, Dubois (de Neufchâtel), sur le voile du palais et la langue, Schlieman sur la muqueuse de l'estomac. Elles sont souvent l'annonce d'hémorrhagies spontanées, mais aussi peuvent constituer à elles seules toute la maladie.

OBSERVATION II (Tardieu).

R..., âgé de 33 ans, est le dernier de trois enfants, dont deux n'ont vécu que quelques années. Voici comment il caractérise son état habituel.

A des époques plus ou moins rapprochées, quelquefois brusquement et sans prodromes, d'autres fois après un jour de douleurs vagues dans les articulations et de céphalalgie, de véritables ecchymoses paraissent successivement dans des points du corps très divers. Elles sont surtout communes sur les membres et constituent quelquefois de véritables tumeurs sanguines qui se sont toujours résorbées. En même temps les mouvements des grandes articulations deviennent de plus en plus douloureux et bientôt

impossibles : de là faiblesse et raideur habituelles des membres inférieurs.

Les muqueuses sont le siège d'hémorrhagies faciles. Etant jeune il a été pris d'hémoptysie ; jamais d'hémorrhoides.

Ayant été saigné, la cicatrice de la veine s'est rouverte d'elle-même avec la plus grande facilité et après un temps assez long. Des piqûres de sangsues on laissé écouler une quantité considérable de sang.

Il est entré déjà plus de trente fois à l'hôpital et s'y présente de nouveau le 4 février. Impossibilité de marcher, il accuse une douleur très vive et un gonflement des deux genoux, surtout du gauche.

Le gonflement est extérieur à l'articulation et se remarque surtout en arrière ; le creux poplité est effacé et comme comblé par une tumeur mal circonscrite, dure, qui détermine une tension assez marquée le long de la cuisse. Le frottement des articulations fait entendre une sorte de crépitation rude. Le bras droit se prend également ; des ecchymoses apparaissent bientôt au-dessus des genoux. Le 13 février saignée au bras de 250 grammes pour modérer l'acuité de la douleur. Crachement de sang provenant de la muqueuse buccale. Les douleurs disparaissent enfin et le malade sort bien reposé.

HÉMATIDROSE

L'hématidrose est une affection surtout commune chez les femmes et chez les femmes chlorotiques. Fréquemment perdue au milieu d'un ensemble complet de phénomènes nerveux, elle est annoncée par de l'étourdissement, de l'anxiété du regard, un sentiment de malaise général ; mais elle se manifeste aussi comme un phénomène isolé à début brusque et soudain.

Avant l'écoulement de sang, la peau est parfois légèrement gonflée, d'un rose rouge, plus chaude et faiblement douloureuse à la pression ; dans quelques cas il se développe des taches arrondies ou ovales, érythémateuses. A côté de ces taches et de préférence aux endroits où les téguments se font remarquer par leur minceur et où la sueur est abondante, on peut en voir d'autres, petites, légèrement jaunâtres qui offrent quelques-uns des caractères des ecchymoses vraies.

Parrot nous en a cité plusieurs cas.

OBSERVATION III (Caizergues).

Une dame de 31 ans, d'un tempérament pléthorique, sanguin, sensible et irritable à l'excès, fut affectée d'unicterre très opiniâtre ; quelques années plus tard, atteinte de coliques néphrétiques, elle présenta quatre fois des sueurs de sang. A la suite d'un des paroxysmes auxquels elle était sujette, ayant examiné la peau, on remarqua de petites taches d'un jaune très clair, qui paraissaient avoir leur siège au-dessous de l'épiderme et qui disparurent bientôt.

OBSERVATION IV (Magnus Huss).

Chez une jeune fille de 23 ans, hystérique, atteinte d'hématidrose, lorsque les attaques avaient une grande intensité, on voyait apparaître sur toute la moitié gauche du corps, au tronc et surtout autour de l'épaule, des ecchymoses et des sugillations plus ou moins grandes. Elles étaient au commencement d'un rouge clair, irrégulières, et d'une étendue de 4 à 6 centimètres de diamètre. Jamais elles ne se sont montrées à droite et l'on se rappelle que c'est à gauche aussi qu'existait une légère hémiplégie des membres.

OBSERVATION V (Lordat).

Une femme de mauvaise vie, d'un caractère irascible fut prise par les envoyés de la police et conduite à la maison de force. Elle entra dans une colère affreuse, à la suite de laquelle il lui survint une hémorrhagie par le nez et par la bouche, et une éruption de taches pourprées qui lui couvraient tout le corps, et dont les plus grandes avaient un pouce de diamètre.

PURPURA

Les ecchymoses du purpura sont étendues et irrégulières et offrent des dimensions très variables. Elles peuvent être représentées par des taches isolées du diamètre d'une pièce de cinquante centimes ; ce sont les ecchymoses pétéchiales ; elles peuvent occuper un membre presque en entier et même presque toute la superficie du corps.

Les unes, à leur apparition, sont d'un rouge carminé et deviennent plus tard brunâtres, violacées, ne s'effacent pas sous la pression du doigt ; la tache centrale se fond progressivement et s'entoure d'une auréole jaune fauve. Les autres sont plus noires, plus étendues, durent plus longtemps et paraissent correspondre à de véritables hémorrhagies interstitielles ; toutefois leur évolution est exactement celle des précédentes.

Les unes et les autres siègent de préférence aux membres inférieurs et disparaissent sous l'influence de l'élévation du membre, du décubitus ; on en trouve cependant sur les bras et les avant-

bras, rarement sur le tronc et la face ; elles sont fréquemment entremêlées de pétéchies.

Semblables aux ecchymoses de cause traumatique, elles se comportent de même pour la résorption graduelle de l'épanchement sanguin qui les constitue ; elles deviennent successivement noires, violettes, jaunes, et finissent par disparaître sans laisser aucune trace au bout de dix à quinze jours. Mais le plus souvent avant leur effacement complet, surviennent de nouvelles taches qui annoncent la continuation de la maladie.

Céphalalgie, fatigue générale, douleurs musculaires ou articulaires, tels sont les symptômes généraux les plus ordinaires du purpura simple ; il n'en est pas de même du purpura hémorrhagique qui se caractérise par des manifestations internes d'une tout autre gravité : hémorrhagies par les muqueuses, ramollissement et saignement des gencives, lésions buccales, épistaxis, hémorrhagies viscérales, hématémèses, mélœna, hématuries, hémoptysies.

OBSERVATION VI (M. Descoust).

Le 15 mars 1883, j'ai fait, sur l'ordre du parquet de la Seine, l'autopsie d'un enfant du sexe masculin, âgé de 11 ans, admis d'urgence le 13 mars à l'hôpital des Enfants et

mort subitement le même jour, une demi heure après son entrée.

Avant de faire connaître les détails de l'autopsie et les conclusions du rapport médico-légal qui en fut la suite, nous croyons devoir rappeler les motifs qui décidèrent le parquet à ordonner celle-ci.

Ce jeune garçon, à la suite d'habitudes de vagabondage, avait été placé par son père à l'école Crozatier, située à Villopreux et appartenant à la société de protection de l'enfance abandonnée.

Entré dans cet établissement le 15 février 1883, il y resta jusqu'au 6 mars ; à cette époque le président de la société écrit au père de l'enfant, déjà souffrant au moment de son entrée, que l'état de santé de celui-ci s'est aggravé au point de nécessiter son admission dans un hôpital ; sa lettre se termine par l'avis qu'on lui conduira le lendemain 7 mars, son enfant.

Le père, aussitôt l'arrivée de son fils, le présente à la consultation de l'hôpital Beaujon ; il n'est pas admis en raison de son jeune âge ; il n'est pas, dit le commissaire dans son rapport, reconnu assez malade pour obtenir une ordonnance médicale. Conduit le samedi 10 mars, à la consultation de l'hôpital des Enfants, il n'est pas trouvé assez malade pour être admis. Les nombreuses taches bleuâtres offrant l'aspect de contusions ecchymotiques dont l'enfant était couvert, sont considérées à la consultation comme le résultat de mauvais traitements.

Ramené dans sa famille, l'enfant est vu deux ou trois fois par un médecin qui fait le même diagnostic, contusions suite de violences.

Enfin dans la nuit du 12 au 13 mars, l'enfant est pris d'épistaxis et de vomissements sanguins abondants ; conduit

à l'hôpital des Enfants il est admis d'urgence dans la journée du 13 mars ; entré à 3 heures et demie de l'après-midi, il meurt le même jour à 4 heures.

Avisé de cette mort rapide, le commissaire de police du quartier délègue le D^r X..., pour établir les causes du décès. Celui-ci fait le rapport suivant :

« Je soussigné, docteur en médecine, ancien interne des hôpitaux déclare m'être transporté à l'hôpital de la rue de Sèvres, le 14 mars, à l'effet de constater les causes du décès d'un enfant âgé de 11 ans.

J'ai constaté :

1^o L'existence sur les avant-bras droit et gauche, sur les membres inférieurs, et en particulier au genou droit, ainsi que sur les régions latérales droite et gauche du tronc des ecchymoses violacées, arrondies et ayant été produites pendant la vie par l'action d'un corps contondant.

Ces ecchymoses sont nombreuses et larges d'environ cinq centimètres de diamètre.

2^o Sur les lèvres et sur les bords des narines, des traces de sang coagulé.

De ces faits et observations je conclus que cet enfant est décédé à la suite de lésions internes dont la nature ne saurait être établie que par une autopsie, et que les ecchymoses des diverses régions du corps sont le résultat de violences extérieures antérieures à la mort ».

En présence de ce rapport, le commissaire de police n'hésita pas à inculper les parents d'avoir causé par « de mauvais traitements » la mort de leur enfant.

C'est alors que l'autopsie fut ordonnée par le parquet.

Voici quel fut le rapport déposé par nous à la suite de celle-ci.

Examen extérieur. — Le cadavre est celui d'un enfant

assez développé pour son âge (11 ans). Le corps n'est pas amaigri ; il est, ainsi que la face, d'une pâleur remarquable. Les narines contiennent de petits caillots sanguins paraissant résulter d'une épistaxis survenue peu de temps avant la mort.

Nous constatons :

1° Sur la lèvre supérieure, treize petites érosions de la muqueuse, correspondant deux par deux à la largeur des dents du maxillaire inférieur.

2° Sur la lèvre inférieure, neuf petites érosions correspondant deux par deux à la largeur des dents du maxillaire supérieur.

3° Sur la partie antérieure du cou, au niveau des clavicules, de petites taches rosées, ressemblant à des taches de purpura ; des taches de même aspect sur les deux côtés de la face.

4° Sur la joue droite, au niveau de la boule graisseuse de Bichat, une tache bleuâtre de deux centimètres carrés, avec épanchement sanguin sous-jacent.

5° Sur la joue droite au niveau de l'angle du maxillaire inférieur et au-dessous de l'apophyse mastoïde, des taches couleur lie de vin, longues de deux centimètres sur un centimètre de largeur avec petite érosion cutanée sans caractère précis ; à la partie inférieure et un peu en avant de ces taches, une autre plus petite avec érosion transversale à l'axe du cou et longue de 2 millimètres.

6° A la partie médiane et externe du bras droit, une coloration légèrement violacée de la peau paraissant assez ancienne. Au niveau du coude droit, à la partie externe, une coloration violacée de la peau.

Sur la face médiane et externe de l'avant-bras droit deux larges taches bleuâtres et violacées.

Sur la face dorsale de la main droite, au niveau de l'articulation radiocarpienne et du troisième métacarpien, deux taches violacées.

7° Au niveau du flanc droit de petits épanchements sanguins dans le tissu cellulaire, sans lésion externe de la peau.

8° A trois travers de doigt au-dessus du genou droit, une coloration violacée de la peau.

Au niveau de la rotule droite et de la face interne du tibia de petites taches violacées.

9° A la partie inférieure et interne du bras gauche, de petites taches bleuâtres.

A la partie antéro-externe de l'avant-bras gauche, de petites taches bleuâtres occupant, non seulement le tissu cellulaire sous-jacent, mais encore les gaines musculaires de l'avant-bras.

A la partie médiane du cubitus gauche, une coloration violacée de la peau formant une légère saillie d'un centimètre carré environ avec épanchement sanguin sous-jacent large de trois centimètres carrés ; à trois travers de doigt du coude des taches de même forme et de même aspect.

Au niveau de la deuxième phalange du petit doigt, deux petites érosions cutanées parallèles à l'axe du doigt et longues de deux à trois millimètres.

A la racine de l'ongle du médius de la main gauche, de petites érosions cutanées par lesquelles paraît s'être fait un écoulement sanguin pendant la vie.

10° Au niveau des fausses côtes gauches une coloration verdâtre de la peau avec épanchement sanguin.

Au niveau de la région trochantérienne gauche, une rougeur de la peau sur une étendue de deux ou trois centi-

mètres carrés avec infiltration sanguine dans le tissu cellulaire.

11^o A la partie antérieure de la cuisse gauche et à la partie médiane une tache violacée, à bords verdâtres, longue de cinq centimètres sur trois de largeur, faisant corps avec un groupe de taches situées au-dessous, occupant une étendue de sept centimètres sur quatre centimètres et formant une légère saillie.

Au-dessus de la rotule gauche et sur son bord externe cinq taches violacées, de forme arrondie, larges chacune de un centimètre carré environ.

Au niveau de la tête du péroné gauche, une tache de même aspect que les précédentes.

12^o Dans le dos, sur le bord spinal de l'omoplate gauche, une coloration rouge violacée de trois à quatre centimètres carrés.

Au niveau de la région lombaire de petits épanchements sanguins dans le tissu cellulaire sans lésions de la peau, ainsi qu'au niveau du pli fessier gauche.

Toutes ces taches violacées ou bleuâtres sont doublées d'épanchement sanguin dans le tissu cellulaire sous-jacent.

Autopsie. — Le cuir chevelu n'est pas déchiré, il est doublé de nombreuses ecchymoses épicroâniennes, surtout au niveau des pariétaux. Les muscles temporaux sont infiltrés de sang. Les os du crâne ont une épaisseur normale, ils ne sont pas fracturés.

Le cerveau n'est pas congestionné, les membranes se décortiquent bien. La substance cérébrale ne renferme ni épanchement séreux ou sanguin, ni tumeur, ni tubercules.

La bouche, l'arrière-bouche et la trachée, ne présentent aucune lésion.

Au-dessous du larynx et au niveau de la racine des poumons existe une tumeur grosse comme une petite orange, très dure, divisée en petites loges remplies de pus, elle offre l'aspect d'un ganglion induré ; malgré sa situation, ni le calibre de la trachée, ni celui de l'œsophage ne sont diminués.

Le sommet du poumon droit se trouve seul très déprimé. La crosse de l'aorte se trouve également un peu comprimée. Au-dessous de cette tumeur, existent d'autres ganglions très développés. Les plèvres libres d'adhérence ne renferment aucun épanchement. Les poumons ne sont pas congestionnés ; des ecchymoses sous-pleurales se montrent dans les scissures interlobaires. Le tissu pulmonaire, gorgé de spume bronchique, ne renferme ni épanchement séreux ou sanguin ni noyaux apoplectiques ou pneumoniques.

Dans le péricarde, existe une grande quantité de liquide séreux sans trace de péricardite aiguë ou chronique. Les oreillettes présentent quelques ecchymoses sous-péricardiques. Les cavités du cœur, dont les orifices sont sains, contiennent une certaine quantité de caillots fibrineux.

La cavité abdominale ne renferme aucun épanchement.

L'estomac, dont la muqueuse présente un piqueté hémorragique très marqué, contient un liquide noirâtre qui paraît être du sang à moitié digéré. Le foie offre une coloration légèrement jaunâtre. Les anses intestinales ont une coloration rouge lie de vin très marquée. Les ganglions mésentériques sont très tuméfiés. L'intestin grêle, dont la muqueuse est très rouge, contient une grande quantité de sang épanché. Les plaques de Peyer ne présentent aucune altération.

Tout le gros intestin, dont la muqueuse, surtout au ni-

veau du rectum, offre un piqueté hémorrhagique très marqué, est rempli de sang liquide. L'urine contenue dans la vessie est légèrement colorée en rouge.

Conclusions. — 1° La mort de D. ., a été causée par des hémorrhagies multiples, nasales, bronchiques, stomacales, et intestinales, occasionnées par une diathèse hémorrhagique, offrant tous les caractères de l'état pathologique connu sous le nom de maladie de Werlhof ou péliose rhumatismale.

2° Les nombreuses taches ecchymotiques constatées sur les diverses parties du corps doivent être attribuées à cette diathèse hémorrhagique, plutôt qu'à des coups récemment portés.

3° L'état du cadavre de cet enfant n'indique pas que celui-ci ait été mal ou insuffisamment nourri.

Ces conclusions eurent pour résultat l'abandon par le parquet de l'inculpation de « mauvais traitements » portée contre les parents de cet enfant par le commissaire de police.

SCORBUT

On rencontre assez rarement des suffusions sanguines au début de la maladie, le piqueté scorbutique et l'engorgement des gencives existant seuls.

Il n'en est pas de même de la seconde période qui se trouve caractérisée par les indurations et les ecchymoses. Ces ecchymoses se présentent sous l'aspect de plaques superficielles, de couleur bleuâtre ou violacée, à contours irréguliers et mal limités « n'ayant jamais moins de 3 centimètres de diamètre (D'Ormay). » Ces taches, dit Lind, ne s'élèvent point au-dessus de la surface de la peau et ressemblent à une extravasation sous l'épiderme comme dans les contusions. Elles siègent habituellement aux jambes, au tiers inférieur de la cuisse, au creux poplité, aux malléoles, parfois au bras, jamais à la face externe des membres sauf pour le pied. Jaccoud prétend qu'elles sont en rapport avec le travail qu'exécutent les membres ; ainsi chez les individus qui font de grands efforts

des bras, c'est là qu'on les rencontrera surtout et de préférence sur le bras qui fatigue davantage.

Les ecchymoses se produisent volontiers dans les points qui ont été le siège d'une lésion cutanée ayant laissé une cicatrice (brûlure, furoncle, ulcère, vésicatoire). La peau passe par toutes les teintes, depuis le noir vineux jusqu'au jaune, et offre, suivant les endroits, des nuances variables avec le degré d'ancienneté des hémorrhagies ; plus tard elle conserve longtemps une couleur bronzée très persistante. Les indurations font, du jour au lendemain, apparaître une vaste ecchymose dans le point correspondant.

A la troisième période appartiennent les hémorrhagies et les ulcérations. Parfois des taches scorbutiques existent sur le ventre et les flancs. Buzard a signalé une ecchymose qui occupait toute la sclérotique et enchâssait exactement la cornée. Ledrain a observé une hémorrhagie sous-conjonctivale survenue à la suite d'efforts pour aller à la garde-robe. Si les hémorrhagies sont très étendues et se font rapidement, on trouve de la fièvre ; la température est normale quand le processus est plus lent.

A l'incision de la peau on constate que l'épanchement siège dans les bulbes pileux et le tissu cellulaire sous-dermique. Vers les bulbes ce n'est qu'un petit pointillé, une petite ecchymose ; dans le tissu cellulaire le sang est en nappe et répandu à la surface des aponévroses. Le tissu cellulo-adi-

peux qui double la peau est induré au niveau des infiltrations sanguines et même en dehors d'elles. Les vaisseaux examinés sont parfaitement sains, même au niveau des hémorrhagies les plus abondantes.

ÉRYTHÈME NOUEUX

L'érythème noueux est caractérisé par la présence, aux membres presque exclusivement, de saillies dures d'un rouge rose à la périphérie, d'un rouge bleu au centre. Ces saillies semblent se prolonger dans le derme, dans le tissu cellulaire sous-cutané et sont très reconnaissables au toucher. Elles forment des plaques allongées dans le sens de la longueur des membres ; douloureuses au contact ou même spontanément, parfois cependant indolores, elles ne disparaissent pas par la pression. Tantôt isolées et peu nombreuses, tantôt disséminées par tout le corps, elles affectent de préférence les jambes, les tibias, les avant-bras, atteignent rarement la face, les cuisses, les bras, jamais le tronc.

Leur apparition est généralement précédée de malaise, de fièvre, s'accompagne de phénomènes gastriques et concorde souvent avec des douleurs articulaires. Les taches qui étaient rouges au début, deviennent violettes puis bleu foncé et passent

par tous les tons des contusions quand le sang se résorbe, ce qui a valu à l'érythème nouveau les noms de dermatite contusive ou d'érythème contusifforme proposés par quelques auteurs.

La maladie suit une marche aiguë et se termine au bout de douze à quinze jours ; parfois cependant des poussées successives n'amènent la fin de l'éruption qu'après trois semaines ou un mois. Les jeunes sujets et surtout les jeunes filles d'un tempérament lymphatique ou scrofuleux y semblent particulièrement prédisposés ; le printemps et l'automne sont les époques les plus favorables à son éclosion.

Au point de vue anatomique les nodosités sont constituées par une infiltration séreuse de toutes les couches des tissus, y compris le tissu conjonctif sous-cutané, avec stase capillaire, au début artérielle, plus tard veineuse ; la résolution complète a toujours lieu.

DES ECCHYMOSES D'ORIGINE NERVEUSE

On rencontre des ecchymoses multiples dans beaucoup de cas d'apoplexie, ainsi que chez les animaux abattus, les hommes décapités, les pendus dont les vertèbres sont brisées. C'est là une preuve évidente de l'action que peut à distance exercer une lésion des centres nerveux. Que cette lésion soit due au traumatisme ou au choc émotif les suffusions sanguines ne diffèrent guère dans leur aspect ou leur évolution.

Un coup même très léger, dont on ne pourra relever aucun indice local, le froid, la chaleur, sont capables par action réflexe de déterminer des ecchymoses en des points variés, là où les artérioles paralysées ouvrent la voie au sang qui se précipite dans les capillaires inertes et où la tension est suffisante pour triompher de la résistance de la paroi. Claude Bernard n'a-t-il pas constaté à plusieurs reprises l'existence d'ecchymoses sur des lapins morts qu'il avait, dans un but d'expériences, soumis à une élévation considérable de température.

Comme le traumatisme, le choc émotif bouleverse le régime circulatoire normal; s'il ne produit souvent que la roséole ou l'érythème il peut aussi donner naissance à des ecchymoses et à des hémorrhagies. Nous n'en voulons pour preuves que les cas suivants :

OBSERVATION VII (Gilbert).

A Lyon, durant la Terreur, un homme est arrêté par méprise, puis bientôt mis en liberté. En rentrant dans sa maison, il s'aperçoit qu'il est couvert de taches purpuriques et d'ecchymoses; il a une épistaxis légère, puis quelques jours après, il est pris d'un énorme méloena et meurt sur sa chaise percée, tué par la perte excessive de sang.

OBSERVATION VIII (Lancereaux).

Un ouvrier éprouve une frayeur profonde en manquant de briser un meuble de prix; presque immédiatement il est pris d'épistaxis, de stomatorrhagies qui se renouvellent et l'épuisent, puis viennent un purpura, des épistaxis nouvelles et le malade meurt couvert de taches purpuriques et présentant des points ecchymotiques multiples dans les méninges et dans le cerveau.

- Jusqu'à présent, dans ce mode de production des ecchymoses, nous n'avons considéré l'influence du système nerveux que chez des individus sains ; c'est chez les sujets doués d'une certaine susceptibilité malade, chez les femmes, chez les névropathes du sexe masculin, chez ceux en un mot que l'on pourrait grouper sous le nom de nerveux, que l'on voit le choc émotif exercer de préférence la série de ses effets nuisibles et parmi eux les congestions hémorrhagipares.

Des ecchymoses apparaissent fréquemment sur les parties du corps qui sont anesthésiées ; mais de toutes les congestions liées à l'état hystérique les plus remarquables sont sans contredit celles des sujets stigmatisés, dont Louise Lateau du Bois d'Haine a offert un bel exemple : dans l'intervalle des écoulements sanguins, on apercevait à peine les solutions de continuité sous l'apparence d'un point rouge entouré d'une auréole ecchymotique légère, preuve évidente d'épanchements interstiels.

ECCHYMOSES D'ORIGINES DIVERSES

Nombreux encore sont les cas dans lesquels il est possible de rencontrer des ecchymoses ; nous ne ferons que les mentionner en nous y arrêtant le moins possible.

Et d'abord les affections exanthémateuses à déterminations hémorrhagiques cutanées ou muqueuses : variole, rougeole, fièvre jaune, fièvre typhoïde, typhus, pour ne citer que les principales.

Varirole hémorrhagique. — Des ecchymoses triangulaires apparaissent d'abord sur les conjonctives à l'angle interne ou externe de l'œil ; puis on voit sur le tronc et le bas-ventre des taches bleu noir, de la taille d'une lentille, ne disparaissant pas sous la pression du doigt. D'abord isolées ces ecchymoses gagnent bientôt la figure et les membres, augmentent très rapidement d'étendue et finissent par se réunir ; en quelques heures la conjonctive peut être complètement infiltrée.

Rougeole ecchymotique. — La fluxion peut être assez violente pour produire la rupture des ca-

pillaires et la formation d'ecchymoses qui ne disparaissent pas par la pression et évoluent comme si elles résultaient d'un traumatisme.

Rougeole hémorrhagique. — Ici les infiltrations sont dues à l'altération du sang et comportent des pétéchies, du purpura ; elles siègent entre les taches de l'exanthème rubéolique, tandis que les ecchymoses de la variété précédente se trouvent à leur niveau.

Fièvre jaune. — Les hémorrhagies se font par toutes les voies, même par la peau recouverte de son épiderme ; les ecchymoses du scrotum ne sont pas rares.

Fièvre typhoïde. — Les éruptions pétéchiales ne se voient que dans les fièvres typhoïdes anormales. Ce sont de petites taches ecchymotiques apparaissant sur le tronc, mais jamais à la face ; tantôt discrètes, tantôt confluentes, elles s'observent souvent en même temps que des manifestations scorbutiques ou hémorrhagiques. Leur présence a caractérisé certaines épidémies.

Typhus. — Dans le cours de la maladie on remarque des pétéchies nombreuses, des suffusions sanguines plus ou moins larges, des plaques cyanotiques aux extrémités des membres.

Citons encore pour mémoire les ecchymoses qui surviennent dans les affections hépatiques ou spléniques, la fièvre synoque simple, la scarlatine, la roséole, quelques érythèmes, certains empoisonnements aigus. Kapeler a publié une observa-

tion d'un empoisonnement par le cyanure de mercure, dans laquelle il a noté, avec la gêne de la circulation et l'état de demi érection, la couleur ecchymosée des membres et du scrotum. Ces derniers phénomènes persistèrent après la mort.

Les ecchymoses des individus frappés de la foudre pourraient être regardées comme des brûlures, mais dans la plupart des cas, elles se dissipent si promptement, quand les individus survivent, qu'on peut les considérer comme ayant de l'analogie avec les ecchymoses spontanées.

TROISIÈME PARTIE

DIAGNOSTIC

Il peut se faire que des individus, contusionnés dans l'ivresse, dans des chutes précédées de perte de connaissance, dans des attaques d'apoplexie ou d'hystérie, renseignent mal ou trompent involontairement la personne chargée de les examiner. A côté de ceux-là, on en trouve d'autres qui, dans des intérêts divers, s'efforcent d'engager le médecin légiste dans une mauvaise voie. C'est à lui de se prémunir contre les chances d'erreur, en s'entourant de tous les renseignements possibles, et de ne se prononcer qu'après un examen sérieux et approfondi. D'autre part l'interprétation des signes fournis par l'autopsie peut n'être pas toujours facile.

La dégradation des teintes que l'on observe dans une ecchymose déjà ancienne, fait que nous avons signalé plus haut, est l'un des meilleurs signes de diagnostic qui permettent de la différencier des altérations cadavériques pouvant la simuler. Nous voulons parler des taches violacées diffuses. Dues

à la stase veineuse, elles sont un phénomène de lividité cadavérique ; elles siègent dans les parties déclives et n'offrent aucun caractère particulier de forme ou d'étendue. Dans l'ecchymose c'est le derme qui est infiltré par le sang, ici c'est le réseau capillaire sous-épidermique. Si l'on incise la peau (et c'est une recommandation prescrite par tous les auteurs) on constate que le derme est de couleur blanchâtre et se trouve séparé de la couche épidermique par un liseré rouge noirâtre. Dans l'ecchymose, tissu cellulaire, derme et épiderme, tout est occupé par l'extravasation sanguine. De plus la coloration, résultant de l'infiltration du sang, persiste quand celle-ci a eu lieu sur le vivant, tandis que dans le cas contraire elle disparaît par la simple macération dans l'eau.

Il ne suffit pas au médecin expert de constater l'existence d'une ecchymose ; il doit autant que possible en déterminer les causes, dans le but de répondre aux diverses questions que, pendant les débats, lui poseront l'accusation ou la défense. Le siège, l'étendue, la forme, la date de la lésion seront autant d'indices précieux pour lui.

On sait que l'ecchymose reproduit quelquefois la forme de l'instrument contondant. La vue de la suffusion sanguine pourra donc en certains cas nous faire connaître si elle est le résultat d'une chute, d'une arme naturelle (pied ou poing), ou si elle a pu être produite par tel instrument qui a été saisi.

Si l'étendue est souvent en corrélation directe avec la violence du coup porté, il ne s'ensuit pas qu'il en soit toujours de même. L'on ne peut conclure de l'une à l'autre, étant donnée l'influence qu'exercent l'âge, le sexe, l'état constitutionnel, la richesse du réseau sanguin, le plus ou moins de laxité du tissu cellulaire sous-jacent à la lésion. Ainsi une ecchymose très foncée et très étendue des paupières ou du scrotum ne suppose pas nécessairement une contusion énergique, en raison de la facilité avec laquelle le sang se diffuse dans ces régions. Un traumatisme qui n'aurait pas laissé de traces chez un adulte vigoureux, pourra être suivi d'ecchymose chez la femme, l'enfant ou le vieillard.

Un cas se présente fréquemment, c'est celui des rixes, dans lequel l'expert doit voir si des contusions imputées à des coups directement portés, n'ont pas été causées par les chutes qui suivent souvent un corps à corps. Le siège des ecchymoses est alors pour lui un point de repère important : au front, aux coudes, aux parties saillantes du corps elles sont compatibles avec l'idée de chute, aux paupières, à l'aîne, aux flancs, elles font plutôt penser aux coups.

Il est très important de tenir compte de la disposition anatomique des régions, pour comprendre ce fait en apparence paradoxal de l'apparition de l'ecchymose en un lieu éloigné du traumatisme et parfois diamétralement opposé. Le fait arrive

surtout quand la peau, le tissu sous-cutané et les aponévroses d'enveloppe ont été respectées. Ainsi les contusions profondes de la cuisse feront, après quatre ou cinq jours, apparaître une ecchymose jaune au-dessus du genou, celles de l'aisselle se manifesteront à la partie supéro-interne du bras, les contusions de la fesse donneront lieu à une ecchymose de la cuisse.

L'expert a toujours un grand intérêt à fixer la date d'une ecchymose et à déterminer, autant que possible, l'époque à laquelle elle remonte. Cela importe surtout lorsqu'il s'agit d'établir l'identité au point de vue de la participation au crime, d'un individu inculpé de meurtre, et qui a pu être blessé lui-même dans la lutte. Il est bon de se rappeler ici que l'ecchymose peut ne paraître que plusieurs jours après la contusion.

Dès son apparition sa largeur croissante et, plus tard la dégradation des teintes permettront en général d'en fixer l'âge. Quant au sang extravasé, nous savons que plus l'ecchymose est ancienne, plus il s'épaissit et s'éloigne de sa couleur normale. Durant les premiers jours, il est liquide et presque noir, lorsqu'il est sous une grande épaisseur ; il se présente avec sa couleur ordinaire, s'il ne forme qu'une mince couche. Plus tard il devient brunâtre, puis verdâtre ; les globules rouges, nombreux au début, diminuent à mesure que la décoloration avance.

Notons que les ecchymoses disparaissent très

vite chez les enfants, tandis qu'elles sont persistantes chez les vieillards et les cachectiques. Leur durée dépend aussi de certaines conditions locales ; ainsi dans les fractures des os longs, lorsque le membre a été comprimé et immobilisé dans un appareil, elles demandent beaucoup plus de temps pour se résorber ; on les retrouve même à la levée de l'appareil. De ces considérations nous déduirons qu'il faut être très réservé lorsqu'il s'agit de fixer la date d'une contusion qui ne se manifeste plus que par une ecchymose.

Fréquemment sur le cadavre d'un noyé, d'un pendu, on remarque de nombreuses contusions qu'il s'agit de rapporter à leur véritable cause. Dans la plupart des cas elles siègent aux endroits, pour ainsi dire classiques, aux mains, aux coudes, aux genoux, aux pieds, et sont alors attribuées aux convulsions des derniers instants. Mais de ce qu'elles indiquent clairement, par leur forme et leur siège, des traces de lutte, faut-il en conclure à un crime et affirmer qu'elles sont contemporaines de la mort ? Non certes, car elles peuvent avoir précédé la fin de l'individu de quelques heures, même de quelque jours, et M. Brouardel nous cite à ce propos un cas très remarquable. C'est celui d'une jeune fille dont on avait retrouvé le cadavre dans la Marne ; la présence d'ecchymoses sur les poignets et les bras firent tout d'abord soupçonner un crime. Mais l'instruction démontra que la jeune fille s'était suicidée et que les ecchymoses remon-

taient à une altercation qu'elle avait eue avec son amant peu de temps auparavant.

Dans le même ordre d'idées nous pouvons mentionner un fait de tous les jours ; un homme est trouvé mourant sur la voie publique et conduit à l'hôpital où il expire. On le déshabille et on constate qu'il est couvert d'ecchymoses. Y a-t-il une relation de cause à effet entre ces ecchymoses et sa mort, ou bien ne sont-elles dues qu'à la brusquerie et à la maladresse des individus qui l'ont transporté ? Autant de questions qu'il sera facile au médecin de résoudre en se basant sur les récits des témoins et l'examen de la forme et du siège des contusions.

Il importe de ne pas attribuer au traumatisme des taches congénitales rouges ou violacées, la coloration que laissent un vésicatoire, une excoriation superficielle, ou ces taches bleues signalées par Hofmann que l'on rencontre sur des individus amaigris, aux endroits où la peau amincie passe par dessus des saillies musculaires superficielles, telles que celles du tibia antérieur et la masse charnue du court extenseur des orteils.

D'un autre côté il ne faut pas non plus méconnaître la contusion lorsqu'elle existe. A ce propos Devergie nous dit que, sur les cadavres des noyés retirés de l'eau, l'état de gonflement et d'imbibition de la peau peut faire disparaître les ecchymoses ; mais ces ecchymoses ne manquent pas de

reparaître sous l'influence de l'évaporation après quelques jours d'exposition à l'air.

Ici renaît une question souvent agitée. Peut-on produire des ecchymoses sur le cadavre? Oui, aussitôt après la mort, disent les uns, non, disent les autres. Christison et Orfila ont démontré qu'il est possible de déterminer des extravasations sanguines sur le cadavre, mais celles-ci n'ont rien de commun avec les ecchymoses que forme un coup porté sur le vivant. MM. Brouardel et Descoust sont arrivés aux mêmes conclusions et ont constaté que jamais le sang, épanché dans ces conditions, ne se coagulait.

La peau reste molle et flasque, et les tissus infiltrés reviennent à leur coloration primitive par la macération dans l'eau.

Encore faut-il que la contusion ait eu lieu dans les quelques minutes qui suivent la mort, car plus tard l'action du corps contondant ne produirait sur la peau que la sécheresse et l'aspect du parchemin. Ces signes différentiels d'avec l'ecchymose sont très importants à connaître pour le médecin légiste, lorsqu'il s'agit de distinguer les lésions faites sur le vivant de celles qui sont postérieures à la mort.

La simulation tient une grande place dans la médecine légale. De temps à autre, un individu, par vengeance ou dans un but intéressé, se prétend victime d'une agression et montre, à l'appui de sa déclaration mensongère, de nombreuses traces de contusions. Le rôle de l'expert est de

voir si la relation du fait concorde avec les lésions observées ou si ces lésions n'ont pas pu être créées par la prétendue victime elle-même. Il comparera la force physique de cette dernière à celle de l'accusé et notera les marques de violences qu'il aurait pu rencontrer chez le prévenu. Parfois le nombre d'ecchymoses et les circonstances dans lesquelles elles se seraient produites, nécessitent plusieurs agresseurs quand le récit n'en accuse qu'un seul. En résumé il est très-rare que l'expert, fort de tous les renseignements fournis, et par les déclarations et par l'examen du simulateur, n'arrive pas à rétablir la vérité.

Il est parfois difficile dans une expertise de rapporter les ecchymoses à leur véritable origine. Dans nombre de cas le simple examen du corps ne saurait suffire, s'il ne s'appuyait sur la connaissance de la constitution générale de l'individu. Le diagnostic sera même souvent impossible si l'autopsie n'est pas faite.

Nous savons que les ecchymoses spontanées ne sont pas localisées, qu'elles siègent à la fois sur tous les points de l'économie et qu'elles sont disséminées au hasard sans aucune relation avec une action locale. Leur forme est régulière et généralement arrondie. Les ecchymoses traumatiques au contraire sont localisées, irrégulières dans leur aspect et leur étendue, et reproduisent parfois la forme de l'instrument contondant. La présence de petites taches pétéchiales, l'écoulement de sang

par les muqueuses contribueront beaucoup à faire admettre pour les hémorrhagies sous-cutanées une origine interne.

Si le peu d'intensité des signes extérieurs laisse une place au doute, l'exploration de toutes les fonctions organiques, l'état de santé du sujet, les symptômes généraux concomitants permettent quelquefois d'établir le diagnostic. Après la mort l'autopsie rend la tâche plus facile. Elle décèle la présence d'hémorrhagies multiples, d'épanchements internes, d'infiltrations sanguines dans des régions où la couleur saine de la peau ne les eût pas fait soupçonner.

C'est ainsi que la cachexie, l'hypertrophie de la rate et du foie, les tumeurs ganglionnaires, les troubles nerveux feront songer à la leucocythémie.

Les lésions viscérales de l'hémophilie n'étant pas constantes, l'autopsie n'est pas d'un grand secours lorsqu'il s'agit de distinguer les ecchymoses dues à cette maladie de celles d'origine traumatique. Les phénomènes de congestion et de suractivité cardiaque, la tendance aux fluxions, la concordance des douleurs articulaires chez le vivant, plus tard l'aspect extérieur du cadavre exsangue, sa peau couleur de cire, les commémoratifs pourront seuls éclairer le diagnostic.

Dans l'hématidrose les ecchymoses auront été précédées ou accompagnées d'écoulement de sang.

Le purpura survient parfois brusquement, sans

cause appréciable, sans fièvre, sans affection évidente, sans intoxication. On conçoit alors que le diagnostic d'avec les ecchymoses traumatiques soit parfois malaisé. Les antécédents, la présence de pétéchies, la coexistence d'ecchymoses à différents âges de leur évolution, leur siège, les hémorragies par les muqueuses, et, en cas d'autopsie, les lésions viscérales permettent en général à l'expert d'écarter toute idée de traumatisme.

Les ecchymoses du scorbut sont diffuses et entourées d'une infiltration séreuse ; à elles se joignent les altérations des gencives qui sont fongueuses et saignantes, les indurations profondes, les ulcérations, les raideurs articulaires, les hémorragies par diverses voies. A l'autopsie on trouve des muscles ayant subi la dégénérescence graisseuse, des épanchements sanguins et des ecchymoses sur les viscères.

En voyant apparaître les nodosités isolées de l'érythème noueux aux jambes ou même sur une autre partie du corps, par exemple au bras, à une paupière (qui se tuméfie énormément et paraît alors brillante avec les teintes bien connues des suites d'une hémorrhagie), on pourrait commettre facilement l'erreur de diagnostic de les attribuer à un traumatisme (nodosités consécutives aux injections sous-cutanées chez les morphomanes), à un coup, à un choc, etc. Si cependant on a affaire à un cas de localisation typique aux jambes et qu'il s'agisse de nodosités de date diffé-

rente, mais surtout récentes, nodosités qui, étant rouge rose à la périphérie, mais rouge bleu au centre, ne peuvent jamais être prises pour l'effet d'un traumatisme, l'erreur de diagnostic est, on le comprend, facile à éviter (Kaposi).

Si l'on joint à la prédisposition aux hémorrhagies la tendance toute particulière des nerveux à la simulation, l'on voit qu'il est toujours bon de se défier des ecchymoses qu'ils pourraient présenter et donner comme le résultat d'un traumatisme. La constatation de la névrose hystérique sera ici d'une très grande importance.

Les ecchymoses spontanées de la fièvre typhoïde, de la variole, du typhus, etc... ne seront pas confondues avec celle d'origine externe, si l'on connaît la symptomatologie générale et l'anatomie pathologique de ces affections.

Signalons encore ici des ecchymoses dont l'étiologie peut être très intéressante à connaître dans certains cas d'infanticide. Nous voulons parler des ecchymoses qu'on trouve chez le nouveau-né, à la partie supérieure de la région dorsale dans la présentation de la face avec déflexion exagérée, ou sur les parties latérales du bassin dans la présentation du siège, lorsque l'accouchement a été long et difficile.

L'expert se trouve parfois dans une situation délicate. C'est lorsque des individus d'une constitution hémorrhagique sont atteints de blessures. Il doit alors distinguer ce qui est le résultat de la

violence d'avec ce qui est la conséquence de cette constitution particulière.

Supposons, par exemple, qu'une personne soit trouvée morte dans son lit, ou encore à la campagne, sur une grande route ou au milieu des champs. Le médecin, appelé à constater le décès, remarque la présence d'ecchymoses multiples et étendues en divers points du corps, et sans pousser plus loin ses investigations, il en déduit que la mort résulte de blessures faites à l'aide d'un instrument contondant. Le parquet est saisi du fait et ordonne l'autopsie ; parfois déjà il a mis en état d'arrestation des individus soupçonnés coupables. L'expert apprend que la victime était malade depuis longtemps, et l'autopsie lui révèle l'existence d'un cancer, d'une affection du foie ou de la rate. Il en conclut que les ecchymoses peuvent provenir de chocs et de traumatismes, même très légers, produits dans les dernières heures de la vie et que, d'autre part, leur étendue relève de la tare constitutionnelle dont l'individu était atteint.

Il résulte donc que le diagnostic offre parfois de réelles difficultés chez le vivant, parce qu'il ne peut s'appuyer que sur l'aspect et le siège des lésions et sur le rapport de la justice ou les dires des témoins et du blessé. Sur le cadavre l'examen extérieur ne suffira pas le plus souvent et l'autopsie complète, seule, supprimera toute indécision, en confirmant la présence d'un état diathésique qu'en n'avait pu jusqu'alors que soupçonner.

CONCLUSIONS

1° Les taches ecchymotiques, constatées sur le vivant ou le cadavre, peuvent induire en erreur le médecin expert chargé d'en déterminer les causes.

2° Avant la délivrance de tout certificat ou rapport, il devra rechercher avec soin si les lésions observées ne sont pas la conséquence d'un des états morbides que nous avons signalés et qui peuvent donner lieu à la production d'ecchymoses spontanées.

3° Il tiendra compte et de la simulation possible et des constitutions individuelles susceptibles d'augmenter l'intensité des ecchymoses provenant d'un traumatisme soit accidentel, soit volontaire.

4° Son diagnostic, sur le vivant, sera basé sur les commémoratifs, certains signes rationnels, notamment le siège, l'étendue, la forme, la date probable, et, en cas de mort, sur les mêmes signes confirmés par les données de l'autopsie.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- BESONCÈLE. — Etude sur les épanchements sanguins anciens dans le tissu cellulaire sous-cutané, 1876.
- BILLROTH. — Eléments de pathologie chirurgicale, 1868.
- BLACHE ISAMBERT ROBIN. — Arch. gén. de médec., 5^e série t. VII.
- BRESCHET. — Questions relatives à la simulation des blessures (annales d'hygiène, 1833, t. IX, p. 417).
- BROWN-SÉQUARD. — On ecchymosé an other effusions of blood caused by a nervous influence. In arch. of Scientific Médecine, 1873.
- CASPER. — Traité pratique de médecine légale.
- CASTAN. — Hémophilie, Montpellier médical, 1839.
- DECHAMBRE. — Ecchymoses. In dict. encycl. des sc. méd. t. 32, p. 27.
- DESCOUST. — Société de méd. lég., séance du 10 mars 1884.
- DEVERGIE. — Médecine légale théorique et pratique.
- DUPARC. — Gazette médicale de Paris, 1834.
- GINTRAC. — Hémophilie. Nouv. dict. de méd. et de chir. prat., t. XVII, p. 363.
- GIRAudeau. — De l'hémophilie. Thèse de Paris, 1866.
- HARDY. — Purpura. In nouv. dict. de méd. et de chir. prat., t. 30, p. 215.

- HEBRA. — Traité des maladies de la peau, trad. franç. par Doyon.
- D'HEILLY. — Peliöse. In dict. méd. et chir. prat., t. XXVI, p. 413.
- HOFMANN. — Nouv. élém. de méd. lég. Traduction du D^r E. Lévy.
- ISAMBERT. — Leucocythémie. In dict. des sc. méd., 2^e série, t. II, p. 284.
- JALABERT. — Des épanchements sanguins dans le tissu cellulaire. Thèse de Paris, 1860.
- KAPOSI. — Leçons sur les maladies de la peau.
- LEGRAND DU SAULLE. — Traité de médecine légale.
- MAGNUS HUSS. — Cas de maladies rares observés et commentés. Arch. gén. de méd., août 1857.
- MAHÉ. — Scorbut. In dict. ency. des sc. méd., 3^e série, t. VIII, p. 35.
- MARCHAND et VERNEUIL. — Contusion. In dict. encycl. des sc. méd., t. XX, p. 184.
- OLLIVIER. — Ecchymose. In dict. méd., 1835, t. 11.
- PARROT. — Etude sur la sueur du sang et les maladies névropathiques. Gaz. hebd. de méd., 1^{re} série, t. VI, 1859.
- RAYNAUD. — Hématidrose. In nouv. dict. de méd. et de chir. prat., t. XVII, p. 268.
- RENAUT. — Hémorrhagie. In dict. encycl. des sc. méd., t. XIII, p. 335.
- RIEUX. — De l'ecchymose, de la sugillation, de la meurtrissure. Thèse de Paris, 1814.
- ROCHARD. — Hémophilie. In dict. encycl. des sc. méd., t. XIII, p. 291.
- SIMON. — De la leucocythémie. Thèse de Paris, 1861.
- TARDIEU. — Etude médico-légale sur les blessures.
- Lefebvre

- TARDIEU. — Nouvelle étude médico-légale sur les difficultés d'appréciation de certaines blessures (Ann. d'hyg., 2^e série, t. XXV, p. 119).
- TAYLOR. — Principles of médical jurisprudence.
- TERRIER. — Eléments de path. chir. gén., 1885.
- VERNEUIL. — Bulletin de la société de chirurgie, 1859.
- VIGLA. — Bulletin de la société de méd. des hôp., 1855.
- WARLOMONT. — Rapport médical sur la stigmatisée du Bois-d'Haine. Bruxelles, 1875.
-

Vu : le Président de thèse,
BROUARDEL.

Vu : le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

